FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 107

ÉTUDE

SUR LES

TUMEURS BÉNIGNES DU PHARYNX

buccal et inferieur

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 JUILLET 1895

PAR

Jean-Baptiste PUSSACQ-LARCEBAU,

Né à Carresse (Basses-Pyrénées), le 1er septembre 1868.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DEMONS, professeur, *président*,
PIÉCHAUD,
POUSSON,
DENUCÉ,
} *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE & LITHOGRAPHIE GAGNEBIN
72, Rue du Pas-Saint-Georges. 72

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 107

ETUDE

SUR LES

TUMEURS BÉNIGNES DU PHARYNX

buccal et inferieur

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 JUILLET 1895

PAR

Jean-Baptiste PUSSACQ-LARCEBAU,

Né à Carresse (Basses-Pyrénées), le 1er septembre 1868.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DEMONS, professeur, *président*,
PIÉCHAUD,
POUSSON,
DENUCÉ,
} *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE & LITHOGRAPHIE GAGNEBIN
72, Rue du Pas-Saint-Georges. 72

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICÉ..... } Professeurs honoraires.
AZAM ..... }

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	DE NABIAS.
Medecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicale des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique Gynécologique	BOURSIER.

AGRÈGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAET. AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. DENUCÉ. VILLAR.
Accouchements	RIVIERE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Pysiologie { MM. PRINCETEAU. N. } | Histoire naturelle. N.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLEMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Pathologie externe.....	MM. DENUCÉ.
Clin. des malad. syphil. et cutan...	DUBREUILH.	Accouchements.....	RIVIÈRE.
Clin. des malad. des voies urin....	POUSSON.	Chimie.....	DENIGÈS.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE.	Zoologie	BEILLE.
Maladies mentales	REGIS.		

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MES NEUVEUX PIERRE ET MAURICE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A Monsieur le Docteur MOURE

Chargé de cours de laryngologie et d'otologie

A Monsieur le Docteur VILLAR

Professeur agrégé, à la faculté de Médecine

A mon président de thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine,
Officier de l'Instruction Publique,
Officier de la Légion d'Honneur,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 107

ETUDE

SUR LES

TUMEURS BÉNIGNES DU PHARYNX

buccal et inferieur

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 JUILLET 1895

PAR

Jean-Baptiste PUSSACQ-LARCEBAU,

Né à Carresse (Basses-Pyrénées), le 1er septembre 1868.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DEMONS, professeur, *président*,
PIÉCHAUD,
POUSSON,
DENUCÉ,
} *Juges*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE & LITHOGRAPHIE GAGNEBIN
72, Rue du Pas-Saint-Georges. 72

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICÉ..... } Professeurs honoraires.
AZAM ..... }

Clinique médicale	MM. PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	DE NABIAS.
Medecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicale des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique Gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS.
	DUBREUILH.
	MESNARD.
	CASSAET.
	AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON.
	DENUCÉ.
	VILLAR.
Accouchements	RIVIERE.
	CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Pysiologie { MM. PRINCETEAU. N. } | Histoire naturelle. N.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLEMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Pathologie externe.....	MM. DENUCÉ.
Clin. des malad. syphil. et cutan...	DUBREUILH.	Accouchements.....	RIVIÈRE.
Clin. des malad. des voies urin....	POUSSON.	Chimie.....	DENIGÈS.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE.	Zoologie	BEILLE.
Maladies mentales	REGIS.		

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MES NEUVEUX PIERRE ET MAURICE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A Monsieur le Docteur MOURE

Chargé de cours de laryngologie et d'otologie

A Monsieur le Docteur VILLAR

Professeur agrégé, à la faculté de Médecine

A mon président de thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine,
Officier de l'Instruction Publique,
Officier de la Légion d'Honneur,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

ÉTUDE

SUR LES

TUMEURS BÉNIGNES DU PHARYNX

buccal et inférieur.

INTRODUCTION.

D'après Sappey, il faut entendre par pharynx buccal la portion du pharynx s'étendant des piliers postérieurs du voile du palais à l'os hyoïde ; et par pharynx inférieur, la portion allant de l'os hyoïde au bord inférieur du cartilage cricoïde.

Les tumeurs de cette région sont peu fréquentes et les tumeurs bénignes en particulier seraient de vraies raretés pathologiques. Toutefois, en parcourant divers recueils français et *étrangers*, nous avons pu réunir un certain nombre d'observations dont la plupart offrent un réel intérêt.

La nouveauté du sujet et la rareté de ces affections nous ont décidé à faire de leur étude l'objet de notre thèse inaugurale; nous ne parlerons pas, bien entendu, des tumeurs bénignes du naso-pharynx qui, elles, sont assez fréquentes et ont été bien étudiées.

Certes, nous n'avons pas la prétention de traiter ce sujet d'une façon complète et définitive, mais assez heureux serons-

nous si les documents que nous avons réunis, sont de quelque utilité à ceux qui plus tard reprendront la question.

Avant d'entrer en matière, nous tenons à remercier M. le docteur Moure, à qui nous devons l'idée de ce travail, de l'amabilité avec laquelle il a mis à notre disposition une observation inédite et les publications étrangères dont nous avons eu besoin.

Nous remercions également notre excellent ami Brindel, premier interne, dont les conseils éclairés nous ont été d'une grande utilité.

Qu'il nous soit enfin permis d'exprimer toute notre reconnaissance à notre excellent maître, M. le professeur Demons, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Division de notre travail :

Chapitre Ier.— *Historique.*
— II.— *Symptomatologie.*
— III.— *Anatomie pathologique.*
— IV.— *Diagnostic.*
— V.— *Marche, pronostic.*
— VI.— *Traitement.*
— VII.— *Observations.*
Conclusions.

CHAPITRE PREMIER.

Historique.

Les tumeurs bénignes de la partie du pharynx qui nous occupe sont très rares, avons-nous déjà dit : tous les auteurs qui en ont rencontré des cas sont unanimes à le reconnaître ; elles ne sont pas décrites d'une façon spéciale dans les ouvrages classiques. Seul M. Morell Mackenzie en parle d'une manière très succincte d'ailleurs, dans son livre sur les maladies du larynx.

En 1857, Middeldorf avait publié un travail sur certains polypes de l'œsophage ; il en avait rassemblé dix cas, et d'après Peyrot, la plupart de ces tumeurs prenaient leur origine à la partie tout à fait inférieure du pharynx.

Pour notre part, les observations que nous avons pu recueillir sont de date récente ; cependant la première est de 1828, elle fut publiée par le médecin espagnol Careno ; il s'agit de quatre polypes lipomateux qui furent opérés avec succès. Il faut aller ensuite jusqu'en 1870 pour trouver dans le *Bulletin de la Société royale de Belgique* une observation très intéressante du docteur Lorondelle (obs. II). Dans la même année le professeur Laugier opère un polype lipomateux inséré sur la paroi antérieure du pharynx, tout près de l'orifice supérieur du larynx ; nous reproduisons le compte rendu de l'opération publié par M. Foucher (obs. VI).

Vient ensuite, en 1877, le cas du docteur Busch de Berlin ; il s'agit d'un lipome de dimensions énormes qui fut enlevé après une trachéotomie préalable (obs. V).

Deux ans après le professeur Duplay fit à la Société de Chirurgie un rapport oral à propos d'une tumeur fibreuse observée par le docteur Vibert du Puy.

En 1884 le chirurgien allemand Schuchardt publie l'observation d'une tumeur congénitale du pharynx chez un enfant de 5 ans (obs. VII). Cette tumeur pédiculée, recouverte par un tégument ressemblant exactement à la peau, renfermait des éléments musculaires ; d'après l'auteur, ce cas serait unique dans la science.

En 1886, l'américain Fletcher Ingals observe un cas de fibrome pharyngo-laryngien (obs. IX), et le docteur Aphavin celui d'un lipome de l'espace pharyngo-laryngien qu'il enleva par un procédé spécial de pharyngotomie (obs. VIII).

Le chirurgien Mac Leod opère en 1889, une tumeur fibreuse du pharynx ; sa communication offre un grand intérêt, d'abord parce que l'opération fut complexe ; trachéotomie préliminaire, pharyngotomie, ablation par l'écraseur ; ensuite parce que le malade mourut par hémorrhagie secondaire quatre jours après (obs. XI). Le docteur Mac Leod, insistant sur la rareté des tumeurs pharyngiennes, rappelle les cas suivants : « Le docteur Taylor (1) a présenté une tumeur qui avait causé la mort d'un enfant de 4 ans, de nature lipomateuse, qui avait simulé un abcès pendant la vie et occasionné par là même une erreur de diagnostic. Sydney Jones (2) enleva un lipome de forme lobulée, irrégulière, du repli ary-épiglottique droit, chez un homme de 40 ans. Cette tumeur molle, pendant dans le pharynx, avait deux pouces de long et fut enlevée facilement

(1) *Trans path soc.*, vol. XXVIII, p. 216.
(2) id. vol. XXXII, p. 243.

après incision. Holt (1) a cité un cas dans lequel une tumeur graisseuse naissant du côté gauche de l'épiglotte et du pharynx pendait de 15 centimètres dans l'œsophage. Cette masse fut un jour projetée en avant, par uneffort de vomissement et obstrua le larynx : le malade, âgé de 80 ans, fut presque suffoqué. La tumeur ne fut pas opérée et le malade mourut dans un moment où il fumait ; elle existait au moins depuis 20 ans. On peut voir un spécimen à peu près semblable, mais un peu moins volumineux au musée du Royal Collège des Chirurgiens ; c'est une masse lobulée d'environ cinq centimètres de long sur un centimètre de diamètre, qui ressemble à un polype muqueux du nez ; elle était attachée immédiatemeut en arrière de l'amygdale par un pédicule très mince (2). Hartley rapporte un cas de tumeur volumineuse supposée d'origine congénitale, qu'il enleva chez un enfant après trachéotomie rendue nécessaire par l'obstruction des voies respiratoires causée par le néoplasme.

Valtorini décrit également un cas de ce genre, dans lequel une petite tumeur du volume de la moitié d'un œuf de pigeon fut enlevée de la paroi postérieure du pharynx (3).

En 1890, le docteur Lowe observe un polype dont le diagnostic présentait certaines difficultés ; en effet, les chirurgiens qui devaient l'opérer ne crurent pas à la présence d'une tumeur et la malade mourut subitement quelques jours après (obs. XII). L'année suivante, M. Lagoutte, de Lyon, présente à la Société des sciences médicales une tumeur polypeuse enlevée *post mortem* chez un homme à qui on avait fait une trachéotomie (obs. XIII).

Nous citerons enfin le cas d'une tumeur dermoïde, pédiculée,

---

(1) id. vol. V, p. 123.
(2) *Médical Times and Gazet.* vol. I. 1883, p. 640.
(3) Lancet.— 1890, p. 1873.

observée chez un enfant par Goschler ; il s'agit d'une tumeur du volume d'une noisette insérée à la paroi postérieure du larynx et présentant la structure des kystes dermoïdes.

Ce cas, unique d'après l'auteur, pourrait certainement être rapproché de celui du docteur Schuchardt cité plus haut.

Enfin M. Moure a eu l'occasion d'observer, il y a six ans, un fibrome pharyngien dont il a suivi le développement lent mais continu, et qu'il n'a pas encore opéré (obs. XV).

Dans les cas que nous venons de passer rapidement en revue il s'agit de tumeurs assez volumineuses ; mais d'après Mackenzie et Luschka, il existerait assez fréquemment dans les parties buccale et inférieure du pharynx de petits papillomes ; Cozzolino (1) rapporte même un cas « de papillome diffus de la partie postérieure du pharynx buccal ». Ce néoplasme avait commencé à se développer dans le naso-pharynx, et il n'avait envahi que par la suite la partie buccale.

Il n'a été question jusqu'ici que de tumeurs solides ; nous avons également recueilli trois observations de tumeurs liquides. L'une d'elles est un anévrysme de la pharyngienne ascendante (obs. IV). La seconde est un angiome observé en 1877 par Wolfenden, chez une femme (obs. X). Nous dirons en passant qu'il n'est pas très rare de voir des anévrysmes de la carotide interne proéminer dans le pharynx.

La troisième est de M. Lichtwitz, de Bordeaux. Il s'agit également d'un angiome mais moins volumineux que dans le cas de Wolfenden (obs. XIV).

Raugé (2) dit avoir observé de petits kystes dans la partie supérieure du pharynx mais point dans la partie inférieure. Cette affection doit être excessivement rare, car nous n'en avons pas trouvé d'exemple dans nos recherches bibliographiques.

---

(1) Cozzolino. — *Bollet. dell. malat. dell' Orech.* janvier 1888.

(1) *Lyon médical*, 15 septembre 1889.

CHAPITRE II

Symptomatologie

Il n'est pas possible de décrire une symptomatologie unique pouvant se rapporter à tous les cas de tumeurs bénignes du pharynx ; il faut en effet, faire entrer en ligne de compte leur volume, leur siège, et leur nature.

Si elles sont sessiles ou à pédicule court, elles ne tardent pas, lorsqu'elles ont acquis un certain volume, à venir faire saillie dans l'arriére-bouche, en repoussant devant elles, le voile du palais, tel est le cas rapporté par Busch. Elles sont susceptibles également de se développer du côté du larynx dont elles peuvent oblitérer l'orifice supérieur, le cas cité par Faucher en est un exemple : il s'agit en effet d'un lipome inséré sur la paroi antérieure du pharynx et tendant par son développement à enpiéter de plus en plus sur l'orifice supérieur du larynx.

Si au contraire elles sont pédiculées, elles sont presque toujours avalées et peuvent même descendre profondément dans l'œsophage ; et s'il survient des efforts de vomissement on les voit apparaître dans la gorge et dans la bouche. Les cas de Careno. de Holt et même le polype pileux du docteur Schuchardt en sont des exemples.

D'après ce qui précéde, il est facile de supposer que les trou-

bles fonctionnels pourront dans certains cas être fort graves, ils procèdent tous de la gêne apportée par ces masses néophasique à la déglutition, à la respiration et par là même, à la phonation.

Les troubles de la déglutition dont nous parlerons tout d'abord, sont intimement liés au siège et au volume des tumeurs. Au début, ils sont nuls bien souvent; vient ensuite la sensation d'un corps étranger dans la gorge ; puis enfin, avec le développement progressif du néophasme, survient un commencement de dysphagie : les aliments solides sont avalés de plus en plus difficilement ; les malades les abondannent peu à peu, pour ne prendre que des liquides ; et si la tumeur continue à augmenter de volume, il arrivera un moment ou la dysphagie sera complète. Inutile de dire que, pendant cette dernière période, les malades se nourrissant fort mal, ne tardent pas à dépérir, ei si une intervention chirurgicale ne les délivre de leur affection ils sont fatalement voués à une mort certaine. Nous voyons dans le cas de Careno, (obs. I) que « le malade ne pouvait plus avaler sa salive, sa maigreur avait fait de grand progrès, il était pâle et faible.» de même dans le cas du docteur Larondelle : « La malade dont la santé était autrefois excellente était devenue d'une maigreur extrême ; elle avait un teint chloro-anémique très prononcé.» Les malades observés par MM. Busch et Fletcher Ingals avaient également dépéri beaucoup.

Les troubles de la déglutition, disions nous plus haut, dépendent beaucoup *du siège* des tumeurs pharyngiennes. Postérieures et latérales, comme le cas que nous venons de citer, elles seront cause d'une dysphagie qui sera en rapport avec leur volume ; mais si elles sont antérieures, comme dans le cas de Foucher, elles pourront acquérir des dimensions assez considérables sans qu'il y ait la moindre gêne de la déglutition.

Dans ce cas, les troubles respiratoires seront prédominants ; ces troubles sont la toux plus ou moins violente, la dyspnée ; et enfin les malades peuvent succomber par asphyxie.

Les tumeurs postérieures et latérales qui atteignent un volume assez grand pour comprimer le larynx et le trachée occasionnent également de la gêne de la respiration ; et alors indépendamment des phénomènes dysphagiques, il survient des phénomènesasphyxiques que l'ablation des néoplasmes ou une trachéotomie seules feront disparaître.

Les tumeurs pédiculées peuvent pour une cause quelconque faire irruption dans le larynx ; c'est ce qui arriva chez la malade dont parle le Dr Lowe ; elle mourut subitement, et on trouva à l'autopsie le larynx oblitéré par la tumeur pharyngienne.

Les tumeurs pédiculées volumineuses peuvent être également projetées dans labouche par des efforts de vomissements etcauser ainsi des phénomènes de suffocation parfois inquiétants, si on ne peut leur faire regagner leur siége habituel assez rapidement.

Careno nous raconte en effet, que son malade « après avoir pris un vomotif se vit sur le point de succomber par la sortie de deux corps volumineux qu'il ne put faire rentrer dans son gosier qu'avec beaucoup de peine ». (obs. 1).

Il arrive enfin que l'épiglotte comprimée ne peut plus remplir son rôle physiologique, qui consiste à fermer l'orifice supérieur du larynx pendant le passage du bol alimentaire. Des parcelles d'aliments tombent alors continuellement dans le larynx et provoquent de violents accès de toux ; les choses se passaient ainsi chez le malade observé par Busch.

Les troubles de la voix sont en rapport avec la compression et l'oblitération des voies aériennes ; ils vont de la simple raucité jusqu'à l'aphonie la plus complète.

En résumé les tumeurs pharyngiennes entrainnent des troubles plus ou moins profonds de la respiration et de la déglutition ; ceux-ci sont prédominants dans les cas d'insertion sur les parois latérales et postérieures, ceux là, dons les cas d'insertion antérieure ; ils coexistent lorsque les néoplasmes ont acquis un volume suffisant.

Il faut toutefois que nous ajoutions, que les troubles fonctionnels dont nous venons de parler n'existent pas toujours ; et on a vu certaines tumeurs pharyngiennes atteindre desdimensions considérables, sans que les sujets, qui en étaient porteurs, en fussent autrement gênés.

Nous ne saurions mieux faire que de rappeler ici l'angiome volumineux observé par le Dr Wolfenden (obs. X.)

La tumeur allant de la paroi postérieure du pharynx jusqu'à la base de la langue empiétait assez fortement sur la lumière du conduit et malgré cela il n'y avait aucune gêne de la déglutition. Le Dr Wolfenden constate le fait qui lui parait assez extraordinaire ; en effet, il nous semble fort difficile à l'expliquer ; nous croirions cependant volontiers qu'il est dû à la nature même de la tumeur : il s'agit d'un angiome et par conséquent d'une tumeur dépressible ; le bol alimentaire peut donc passer puisqu'il ne rencontre qu'un obstacle peu résistant. Certaines tumeurs assez volumineuses pédiculées, peuvent également être tolérées pendant longtemps : Le malade observé par Holt par exemple, mourut à l'âge de 80 ans et il vait un gros lipome dans son œsophage depuis plus de 20 ans ; il s'agit encore ici d'une tumeur molle puisqu'elle est de nature graisseuse. On admettra donc sans peine que le passage des aliments pouvait se faire sinon normalement, du moins d'une façon suffisante pour que la nutrition ne fut pas compromise.

Nous dirons en terminant ce chapitre que les tumeurs bénignes du pahrynx sont absolument indolentes, elles n'ont aucun rétentissement sur les ganglions voisins.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous avons peu de chose à dire sur les tumeurs qui nous occupent. Nous avons en effet rencontré des fibromes et des lipomes, des angiomes, des tumeurs dermoïdes, dont la structure ressemble en tous points à celles des tumeurs de même nature qui se développent dans les autres parties du corps.

D'après Busch, les fibromes et les lipomes prennent naissance le plus souvent au niveau de la membrane fibreuse du pharynx ou du périoste pré-vertébral; en effet, le lipome énorme observé par cet auteur était fixé au périoste; toutefois ces tumeurs peuvent se développer également au niveau du tissus conjonctif sous-muqueux.

Le cas observé par le docteur Larondelle (obs. II) en est une preuve; il s'agit, en effet d'un fibro-lipome inséré sur la paroi latérale du pharynx et qui ne pouvait, par conséquent, avoir d'autre origine que le tissus conjonctif sous-muqueux.

Le volume, la forme des tumeurs observés sont très variables : les unes sont peu volumineuses, les autres ont des dimensions telles qu'elles comblent obsolument la cavité pharyngienne, gênant ainsi considérablement la déglutition et la respiration; le cas de Busch en est un bel exemple; si elles sont

munies d'un pédicule, elles descendent parfois très profondément dans l'œsophage; tels sont les cas observés par Careno, Holt, Lowe.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Le diagnostic des tumeurs bénignes du pharynx, facile en général, grâce aux moyens d'exploration mis en usage, peut dans certains cas, présenter de grandes difficultés, et des erreurs ont été commises : témoin le cas observé par les docteurs Highet et Lowe; ces auteurs diagnostiquent chez leur malade une tumeur pharyngienne, mais les chirurgiens qui devaient l'opérer crurent au contraire avoir à faire à un prolapsus de la muqueuse; il n'y eut pas d'intervention et la malade mourut subitement. Le cas rapporté par le docteur Taylor est encore un exemple d'erreur de diagnostic. Nous rappellerons enfin le cas fameux de Chassaignac qui incisa un anévrysme qu'il avait pris pour un abcès chez un enfant.

On voit d'après ces exemples que rien ne doit être négligé quand il s'agit d'une tumeur pharyngienne, pour arriver à un diagnostic précis.

En présence des signes physiques et des troubles fonctionnels que nous avons passés en revue dans le chapitre précédents, il faut se demander d'abord s'il existe en réalité une tumeur, quel est son siège et enfin quelle est sa nature.

Pour les tumeurs qui prennent leur origine dans le pharynx buccal qroprement dit, ou qui l'envahissent par suite de leur

développement, l'inspection simple en faisant ouvrir largement la bouche peut les faire découvrir. Cet examen doit toutefois être fait avec soin, car certains polypes prenant naissance dans le naso-pharynx, acquièrent dans certains cas, un volume assez considérable, pour venir faire saillie jusque dans l'arrière-bouche.

Pour les néoplasmes situés plus profondément dans le pharynx, cet examen superficiel ne suffit pas, l'exploration digitale sera souvent d'une grande utilité; on pourrait encore faire le cathétérisme avec la sonde œsophagienne comme pour les corps étrangers.

Ces moyens d'exploration sont souvent insuffisants. parfois même trompeurs, et le meilleur est, sans contredit, l'examen à l'aide du miroir laryngoscopique. Grâce à lui, aucun néoplasme situé en arrière de la langue, au-dessus du larynx, n'échappera à l'observation. On pent encore se servir de l'œsophagoscope de de Mackenzie, ce serait surtout pour explorer la portion cricoïdienne du pharynx, dont une partie ne pourrait être éclairée par le simple miroir.

L'examen au laryngoscope permettra non seulement de diagnostiser la présence d'une tumeur, mais encore de préciser son siège, son volume, de voir sa conformation extérieure et ses rapports avec les parties voisines

Quel que soît le moyen d'exploration mis en usage, la présence d'une tumeur une fois établie, il faut se demander si elle est de nature solide ou liquide. La fluctuation est pour les tumeurs liquides un signe pathognomonique; mais il faudra songer à la fausse fluctuation présentée par certains lipomes et qui pourrait en imposer.

Les tumeurs solides du pharynx sont bénignes ou malignes et un diagnostic précis est fort important au point de vue du traitement et du pronostic.

Les tumeurs cancéreuses du pharynx présentent certains symptômes que nous ne trouvons pas dans le cas de tumeurs bénignes : ce sont d'abord les adhérences intimes qu'elles contractent avec les tissus voisins ; c'est ensuite le retentissement sur les ganglions de la région qui sont rapidement engorgés; la douleur ne manque presque jamais, enfin, les tumeurs malignes ont une marche rapide et elles présentent á un certain moment des ulcérations á leur surface. En outre, leur action sur l'état général des sujets ne tarde pas á se faire sentir ; l'aspect des cancéreux, leur teint jaune paille est trop connu pour que nous y insistions. A un certain moment les sujets porteurs de tumeurs bénignes peuvent dépérir, leur amaigrissement peut même être assez considérable ; mais la gêne de la déglutition et de la respiration en est ici la cause unique. Nous dirons enfin que les tumeurs cancéreuses du pharynx sont presque toujours secondaires.

D'après ce que nous venons de dire, il semble que le diagnostic entre néophasmes bénins et malins soit facile, il est des cas cependant où l'on rencontre de très grandes difficultés : en en effet, certains sarcomes présentent souvent tous les caractères des tumeurs bénignes : point d'adhérences intimes avec les parties voisines, peu de retentissement gonglionnaire, pas de douleur et enfin développement très lent, dans ces conditions l'examen microscopique seul, fait après l'ablation, peut faire connaître la nature des néoplasmes.

Les tumeurs malignes une fois éliminées, ils nous reste á faire le diagnostic entre les diverses tumeurs bénignes que nous pouvons rencontrer ; les fibromes ont une consistance dure, les lipomes sont plus mous; ils présentent même parfois une fausse fluctuation dont nous avons déjà parlé ; certaines tumeurs dermïodes forts rares d'ailleurs dans le pharynx, se distinguent par des signes particuliers; ainsi dans le cas observé par le doc-

teur Schuchardt, le polype était enveloppé par un tégument recouvert de poils follets (obs. VII).

Les enchondromes et les osteomes doivent être excessivement rares ; M. Lennox-Brown (1) en signale pourtant des cas ; il faudrait alors faire le diagnostic avec la proéminence des vertèbres cervicales qui pourrait se produire par luxation.

« Chez un adulte il faut également penser à la possibilité de la présence gommes syphilitiques.» En effet les gommes du pharynx ne sont pas très rares.

Les tumeurs liquides du pharynx sont de vraies raretés pathologiques ; ce sont surtout des tumeurs d'origine ou de nature vasculaire ; tout en admettant la possibilité de kystes proprement dits, nous ne parlerons pas de leur diagnostic.

L'erreur commise par Chassaignac nous prouve qu'il doit être parfois bien difficile de différencier une tumeur anévrysmale d'un abcès retro-pharyngien. Toutefois, en règle générale, la formation des phlegmons de la paroi du pharynx, s'accompagne d'une fièvre vive et de signes locaux d'un mal de gorge intense ; on ne rencontre jamais ces symptômes dans le cas de tumeurs d'origine vasculaire, celles-ci sont en outre animées de battements arteriels qui constituent un signe pathognomique. Il peut se faire cependant que certains abcès développés au voisinage d'un tronc artériel, subissant un choc au passage de l'ondée sanguine présentent des battements réels, de même certains anévrysme ne sont pas animés de battements. Une autre cause d'erreur de diagnostic, c'est le début parfois lent et insidieux des abcès ; il y a des exemples en effet où l'on a vu la réaction fébrile nulle et la douleur insignifiante.

Outre les abcès dont nous venons de parler, il peut également se développer au niveau du pharynx des abcès ossifluents. Mac

(1) Lennox-Brown. — *Traité des maladies du Larynx.*

Lood (1) cite cette phrase du docteur Baumer : « Lorsque des tumeurs du pharynx surviennent chez des enfants, il faut songer aux abcès tuberculeux provenant de la colonne vertébrale. »

Par conséquent, il faudra toujours se rendre compte s'il n'existe pas de trace de Mal de Pott cervical.

Les abcès par congestion se développent en effet d'une façon lente, sans réaction fébrile appréciable.

Si enfin, en présence d'une tumeur liquide du pharynx, après un examen approfondi il reste encore un doute sur sa nature, il faudra comme le conseille Follin (2) faire une petite ponction, avant de tenter une intervention chirurgicale quelconque.

(1) Lancet. Mars 1889.

(2) Follin. — *Patologie externe*, tome III.

CHAPITRE V.

Marche. — Pronostic.

La marche des tumeurs bénignes du pharynx est toujours fort lente, et certaines d'entr'elles ont pu séjourner pendant plus de 20 ans chez les sujets qui en étaient porteurs ; tels sont les cas de Holt, de Careno.

C'est de leur siège et de leur volume que dépend le pronostic qui parfois peut être sérieux ; en effet, nous avons rapporté plusieurs cas de mort, causée par l'irruption de ces tumeurs dans les voies aériennes. (1). « Je ne puis m'empêcher de penser, dit le docteur Lowe, que certains cas de mort, attribués à des affections cardiaques, peuvent avoir été causés par de pareilles tumeurs. »

Nous avons dit en effet que ces néoplasmes restent souvent ignorés à cause de leur indolence et de la tolérance des organes ; et dans ce cas, rien ne peut faire prévoir un dénouement fatal, qui peut arriver subitement.

Une autre raison pour laquelle le pronostic doit être réservé c'est qu'il arrive parfois qu'une tumeur prétendue bénigne, change d'allure à un moment donné et se transforme en tumeur maligne.

---

(1) Lancet 1890, page 1173.

CHAPITRE VI.

Traitement.

La seule conduite à tenir, en présence d'une tumeur solide du pharynx, qui cause des troubles fonctionnels plus ou moins graves, c'est d'en faire l'extirpation ; on la pratique soit par la bouche, soit par une voie artificielle.

Il va sans dire que la voie buccale sera préférée toutes les fois que la tumeur sera facilement mise à découvert en écartant largement les mâchoires.

Quand il s'agit de tumeurs sessiles volumineuses, comme dans le cas de Busch par exemple, l'usage du bistouri est absolument nécessaire.

Pour les tumeurs pédiculées, les différentes méthodes opératoires mises en pratique pour les polypes naso-pharyngiens peuvent être utilisées.

Une des meilleures est certainement l'écrasement linéaire au moyen de l'instrument de Chassaignac; en effet, les hémorrhagies, qui constituent le grand écueil des opérations du pharynx, sont en général insignifiantes.

L'arrachement est un moyen brutal, pouvant occasionner des lacérations plus ou moins importantes qu'il est prudent d'éviter.

L'exision pure et simple est certainement un bon moyen

quand il s'agit de tumeurs à pédicule mince et peu vasculaire.

La ligature simple est un procédé qui ne saurait rendre de grands services et qui présente de réels dangers ; en effet, la mortification lente d'une masse quelconque duns le pharynx n'est pas sans exposer le malade à l'asphyxie ou à l'infection du poumon.

La galvano-caustique serait, nous semble-t-il, un excellent moyen pour enlever certaines tumeurs pharyngiennes; il n'a pas encore été mis en usage.

Toutefois le docteur Larondelle dit dans ses remarques (obs. Ii) que dans son cas « le galvano-cautère aurait présenté des avantages réels, mais qu'il n'avait point cet appareil à sa disposition ». On n'aurait pas à craindre ainsi les hémorrhagies primitives ou secondaires qui se produisent même lorsqu'on opère au moyen de l'écraseur et peuvent avoir des conséquences désastreuses; rappelons en effet en passant le cas de Mac Leod dont la malade mourut quatre jours après l'opération d'*une hémorrhagie* secondaire.

S'il s'agit d'enlever une tumeur très volumineuse dont le passage à travers la voie buccale peut faire courir au malade un danger d'asphyxie, Busch recommande de faire une trachéotomie préalable; c'est ce qu'il fit lui-même dans le cas de lipome qu'il opéra en 1877 (obs. V.).

Cette voie artificielle permet non seulement le libre accès de l'air dans les poumons, mais encore grâce à elle on peut bourrer le larynx d'un tampon antiseptique qui empêchera l'entrée du sang dans l'appareil respiratoire.

Si la tumeur est trop volumineuse et si elle est peu accessible par la voie buccale; il faut en faire l'ablation par une voie artificielle. Grâce aux moyens actuels d'hémostase, cette méthode opératoire peut ne pas présenter de grands dangers.

Les procédés de pharyngotomie sont nombreux; nous indi-

querons rapidement les principaux ; Langembeck fait une incision horizontale et sectionne la membrane thyro-hyoidienne. Mac Leod fit une pharyngotomie latérale; son incision suivait le bord antérieur du sterno-cleïdo-mostoïdien (obs. XI). Kuster et Ivenson avaient ajouté cette incision latérale à l'incision horizontale de Langenbeck. Le docteur Alphavin (obs. VIII) ne peut l'approuver, car par cette méthode on sectionne les branches du nerf laryngé supérieur; voilà pourquoi il fit une incision directement verticale; de cette façon le laryngé supérieur n'est pas touché et l'artère lingale n'éprouve non plus aucun dommage.

Le docteur Mac Leod, pour enlever le fibrome dont nous avons déjà parlé plusieurs fois, avait fait une pharyngotomie par incision oblique le long du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien, mais au préalable il avait fait une trachéotomie. Cette opératien préliminaire semblait indiquée dans ce cas; le chloroforme fut administré pas la canule.

Une fois la tumeur mise à découvert, quel que soit le procédé de pharyngotomie employé, on peut se servir, pour en faire l'ablation, soit de l'instrument tranchant, soit de l'écraseur, soit enfin du vulgaire polipotome ou mieux du polypotome écraseur de Knight qui est un bon instrument à notre avis quand la tumeur est pédiculée ; on fait suivre l'ablation de la tumeur, de la cautérisation de son pédicule au galvano-cautère.

Dans les deux cas d'angiome que nous rapportons, il n'y a pas eu d'intervsntion chirurgicale. John Barnes n'intervint pas non plus dans le cas d'anévrysme de la pharyngienne ascendante qu'il observa chez une femme de 73 ans (obs. IV); il s'était proposé d'essayer de la compression digitale et de réserver la ligature de la carotide comme une dernière ressource.

CHAPITRE VII.

OBSERVATION I

Quatre polypes du pharynx opérés avec succès; par Joseph Careno, chirurgien à Peralda-de-la-Matta, près Tolède. (*Decados de medecinor de Madrid*, 1827.)

Capeda, Jean, maître d'équitation, célibataire, âgé de 49 ans, d'un tempérament lymphatique nerveux, d'une stature moyenne et d'une mauvaise constitution.

A l'âge de 29 ans, étant à se raser, il remarqua dans son gosier des petits corps semblables à des petits poils, ou des petites pailles, ayant à leur extrémité des petites boulettes blanches du volume d'une lentille. Un an et demi après, ces corps parurent plus volumineux; le sujet crut qu'ils faisaient partie du gosier ; ils s'accrurent successivement pendant l'espace de dix ou douze ans sans lui causer de douleur. A cette époque, il sentit des nausées et pendant les efforts qu'il faisait pour vomir, on voyait dans le gosier un corps du volume d'une olive, blanchâtre sillonné de vaisseaux sanguins déliés. Un médecin ayant prescrit un vomitif pour une indisposition accidentelle, le 25 décembre 1822, il en résulta un fort vomissement, et le sujet se vit sur le point de suffoquer par la sortie de deux corps d'un grand volume qu'il ne put faire rentrer dans son gosier qu'avec beaucoup de peine à l'aide de ses doigts. En 1826, Capeda ayant pris un second vomitif, dès les premiers efforts de vomissement, il lui vint à la bouche un polype du volume du pouce, qui reprit sa situation naturelle dans l'arrière-bouche, aussitôt après que le vomissement eut cessé. Les gens de l'art qu'il consulta l'assurèrent qu'il avait dans cette partie au moins trois corps volumineux et lui conseillèrent de se rendre à Madrid.

S'étant décidé à chercher définitivement du soulagement, il vint me consulter, et arriva très fatigué dans la ville que j'habite, éprouvant

beaucoup de difficultés pour respirer; sa voix etait rauque; il ne pouvait prendre d'autre aliment que de la soupe très claire; aussi, était-il dans un état d'émaciation générale, et très affaibli; son cou était visiblement distendu par les corps contenus dans le pharynx.

Ayant exploré avec attention l'intérieur de la bouche, je vis dans le pharynx deux corps volumineux et je proposai d'en faire l'extraction. Capeda retourna chez lui, mettre ses affaires en règle. Pendant le court espace de temps qu'il y consacra, il fut très incommodé, en raison de l'accroissement rapide des tumeurs ; sa maigreur fit de grands progrès ; enfin. dans les premiers jours de juin, il ne pouvait même pas avaler sa salive. Il était pâle, faible, son pouls était fébrile, il éprouvait une très grande difficulté à respirer, lorsqu'il fut de retour à Peralda-de-la-Mata, le 9 juin 1827.

Une sonde fut introduite dans l'œsophage et permit de faire prendre au malade quelques aliments liquides ; des lavements nutritifs lui furent aussi administrés. Il éprouva d'abord un léger soulagement, mais le 10 au matin, les symptômes augmentèrent tellement que la suffocation parut imminente.

Je procédai à une exploration définitive des parties affectées. Je reconnus les deux tumeurs que j'avais déjà vues, mais elles étaient encore augmentées de volume. L'une d'elles naissait d'un pédicule assez gros et large, sillonné de ramifications vasculaires sanguines, tandis que son corps était blanchâtre; elle était large de quatre pouces, épaisse de deux et demi, plus grosse à son centre qu'à sa base et à son sommet, enduite de mucosités, et située au côté gauche et se dirigeait à droite descendant vers l'œsophage et couvrant par sa portion inférieure une partie de l'autre tumeur; enfin, elle offrait à un demi-pouce de son ommet, une petite saillie du volume d'un gros pois et à son extrémité libre, une dépression figurant un museau de tanche.

La seconde tumeur semblabe à une pomme de terre, prenait naissance par un pédicule du même côté à un demi-pouce de distance de la première, et s'inclinait un peu arrière de celle-ci ; elle présentait à son centre une dépression ; et recommançant à s'élargir dans sa partie inférieure, elle donnait naissance à cet endroit à trois éminences, dont la première avait fait la forme d'une noix légèrement aplatie et soutenue par un pédicule court et volumineux.

La seconde et la troisième figuraient un pis de vache ; le tout était rouge et semé de vaisseaux sanguins, et long de quatre pouces et demi, épais de plus de quatre pouces, d'une grande consistance, surtout au

pédicule, qui sous ce rapport approchait du cartilage. Cette tumeur occupait tout le pharynx et la partie supérieure de l'œsophage.

Attendu le danger que courait le malade de périr suffoqué et bien que je ne susse point quel pouvait être le nombre réel des polypes contenus dans ce conduit, je me décidai de lier le premier à la base et ensuite je fisd'un coup de bistouri l'extraction de la plus grosse partie de la tumeur; mais ensuite j'éprouvai plus de difficulté que je n'aurais cru pour lier le second polype, en raison de ce qu'il remplissait tout l'espace qui le renfermait : à peine pouvais-je passer la sonde entre lui et les parois du pharynx ; mais j'y parvins cependant en profitant d'un effort de vomissement, fixant la tumeur au moyen d'une érigne tenue par un aide, et je liai sur la partie où il me fut possible de le faire. N'étant pas satisfait d'une ligature faite avec tant de difficulté, je tentai d'en établir une autre.

Le manque d'instruments m'obligea de me servir d'une petite fourche de bois destinée aux polypes des fosses nasales ; dirigeant avec les doigts l'érigne et me servant de cette petite fourche pour la porter plus inférieurement, là où les doigts ne pouvaient atteindre, vers le côté opposé à celui par lequel je l'avais introduite, je me mis en devoir d'explorer la tumeur dans la situation qu'elle occupait auparavant dans le pharynx, afin que par ce seul moyen et sans fatiguer le sujet la tumeur se détachât. Mais j'eus bientôt lieu de m'en repentir, car le polype remplissant toute l'arrière bouche, le sujet éprouva un étouffement tel, que je craignis de le voir à l'instant suffoqué. Alors, j'introduisis la main pour soulever la tumeur et ouvrir ainsi un passage à l'air et je me décidai à retoucher la majeure partie du polype à l'aide du lithotome du Frère Côme, afin de pouvoir couper sans crainte de léser les parties voisines : la section fut achevée avec des ciseaux courbes.

Les ligatures s'étant relachées, une forte hémorrhagie se manisfesta et il survint de nouveaux symptômes de suffocation. Une troisième ligature fut établie et l'hémorrhagie s'arrêta.

Des nausées s'étant fait sentir, j'aperçus deux autres tumeurs de la grandeur et de la forme d'une figue, ayant chacune un pédicule séparé. La première prenait naissance à la partie inférieure du polype antérieur et occupait la dépression qui existait au centre de celui-ci ; la seconde existait à la partie la plus inférieure de ce même polype, presque au commencement de l'œsophage. Je laissai reposer le sujet. Une légère inflammation œdemateuse se manifesta aux membres inférieurs qui céda aux frictions avec une brosse imbibée d'eau de la reine de Hongrie.

Le 13, je liai le troisième polype et le retranchai d'un coup de bistouri, je

lai ensuite le quatrième en embrassant dans la même ligature les pédicules des trois polypes antérieurs. Le 26, le pédicule des quatre tumeurs tomba, laissant un ulcère simple qui se cicatrisa en douze jours durant lesquels le sujet fit usage de gargarismes astringents.

Capeda continue à jouir d'une santé parfaite et il a repris ses occupations habituelles.

OBSERVATION II

Polype pharyngien inséré sur la partie inférieure de la paroi latérale gauche du pharynx. — Ecrasement linéaire. — Guérison; par M. Larondelle. — (*Bull. de l'Acad. Royale de Bel.* 1870).

L'an dernier, le 6 du mois d'août 1869, la nommée Marie Vanderaedt, domiciliée à Eupen (Prusse), vint me consulter. Depuis longtemps, elle éprouvait une très grande gêne dans la gorge. Elle était âgée de 28 ans, ménagère de profession. D'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, elle avait un teint chloro anémique très prononcé. Tout son corps était d'une maigreur extrême. Il n'en avait pas toujours été ainsi; autrefois, sa santé était excellente et sa constitution bien forte; mais, depuis seize mois environ, elle ressentait une difficulté dans la déglutition. Cette difficulté, d'abord légère, avait fait des progrès incessants. Cette fille s'était adressée à plusieurs médecins qui ne l'avaient traitée que par des toniques. Quoi qu'il en soit, depuis six mois, la dysphagie était devenue complète, les aliments solides ne passaient plus du tout; les liquides même revenaient très souvent par les narines.

La voix avait subi de profondes altérations, son timbre était devenu enroué et nasillard; on avait beaucoup de peine à comprendre ses paroles; elle parlait comme si elle avait une boule dans la gorge. La respiration était bruyante et gênée; des accès de suffocation et des quintes de toux très pénibles se déclaraient fréquemment. A ces tourments, venaient s'ajouter des nausées, quelquefois même des vomissements.

A l'inspection de l'arrière-bouche, on découvrait, en abaissant la langue, une tumeur située en arrière de la base de la langue; elle remplissait tout l'espace compris entre ce dernier organe et la paroi postérieure du pharynx. Elle descendait en bas jusque sur le larynx. En provoquant des nausées, on voyait la tumeur remonter un peu en haut, tout en restant au-devant du voile du palais. Elle paraissait être de forme

arrondie, sa couleur était rougeâtre, sa surface unie, elle n'était pas dure au toucher. Aucune fluctuation n'y était sensible, elle n'était pas animée de battements. Elle n'était le siège d'aucune douleur, soit spontanée, soit à la presion. Le doigt pouvait la circonscrire en tout sens, sauf à gauche, où elle avait son insertion sur la paroi latérale du pharynx, en arrière de la langue, en dessous de l'amygdale et au-devant de la partie inférieure du pilier postérieur du voile du palais. Cette attache avait lieu au moyen d'un pédicule très court, de deux centimètres environ d'épaisseur. On ne constata nulle part d'engorgement ganglionnaire.

Le diagnostic de cette tumeur n'offrait pas de grandes difficultés. Et d'abord, elle ne provenait ni de l'amygdale ni du voile du palais; ces organes, situés au-dessus d'elle, se trouvaient dans leur état normal.

L'idée d'une excroissance syphilitique devait être écartée, parce que la malade n'avait jamais eu d'antécédents de cette nature. Ce ne pouvait être non plus un abcès, car cette espèce de tumeur présente de la fluctuation et une large base. Des tumeurs cancéreuses envahissent parfois le pharynx, mais ces néoplasmes contractent des adhérences intimes avec les tissus voisins ; en outre, ils s'ulcèrent promptement et sont accompagnés d'engorgement ganglionnaire, et rien de cela n'existait. Un anévrysme de la carotide interne peut proéminer dans le pharynx, mais outre qu'il est fluctuant, il est le siège d'un bruit de souffle et de battements isochrones aux pulsations artérielles et ce n'était pas notre cas. Une tumeur ganglionnaire peut également se montrer dans la cavité pharyngienne, mais contrairement à ce que nous constatons, ces tumeurs ne sont pas pédiculées et dans le cas actuel, on aurait dû pouvoir constater son existence à l'extérieur même du cou. Etait-ce peut-être un kyste ? D'abord, les kystes sont ordinairement fluctuants ; ensuite, ils sont tellement rares dans cette région, que nous n'avons pas même cru devoir faire une ponction exploratrice pour éclairer le diagnostic.

Nous sommes arrivés ainsi, par voie d'exclusion à regarder la tumeur comme un polype. Son insection nous montrait que ce n'était ni un polype laryngé, ni un polype naso-pharyngien,c'était un polype pharyngien proprement dit.

C'était cette tumeur qui faisait obstacle à la nutrition et au passage de l'air. Son ablation était d'une nécessité évidente. Pour l'opérer je n'hésitai pas à choisir la méthode par écrasement linéaire, parce que l'instrument de M. Chassaignac m'a rendu de très grands services dans l'ablation d'un grand nombre de tumeurs diverses.

Je fis l'opération le 12 août, dans la demeure du malade, à Eupen, avec l'assistance de Messieurs les Docteurs Buttgenbach d'Ensival et Cœper Eupen.

La malade fut placée sur une chaise, en pleine lumière, devant une grande croisée. La tête un peu renversée en arrière, fut maintenue dans cette position par un assistant.

Une large spatule, introduite dans la bouche, abaissa la langue, et, au moyen de pinces de Museux, je saisis solidement le polype et l'attirai ensuite de la profondeur du pharynx vers la cavité buccale. Ces pinces furent confiées à l'un de mes aides, et je conduisis au moyen du doigt l'anse de la chainette autour du pédicule du polype. L'instrument une fois bien placé, fut mis en jeu avec la lenteur prescrite. Mais alors que la chainette commença à sectionner le pédicule, il survint une menace d'asphyxie, qui nous obligea de terminer l'opération avec célérité. Les pinces de Musseux ramenèrent le polype en entier au dehors de la cavité buccale. En explorant ensuite le pharynx au moyen du doigt, je constatai l'existence d'un petit moignon du pédicule sur le paroi du pharynx. Point ne fut nécessaire de recourir aux hémostatiques préparés d'avance en cas de besoin.

Le malade jouit immédiatement du bénéfice de l'opération : elle se sentit délivrée à l'instant même de toutes les souffrances qui l'avaient affligée depuis si longtemps.

Aujourd'hui, il ya plus de sept mois que la tumeur a été enlevée et aucune récidive, n'est venue ternir le succès de l'opération.

Le reste du pédicule à compètement disparu, seulement à sa place, la muqueuse paraît un peu plus dure au toucher.

Examen de la tumeur.

Elle est de forme ovale, d'une couleur rougeâtre, son grand diamètre mesure sept centimètres, son petit quatre centimères. Sa consistance est plutôt molle que dure ; sa face est unie et lisse, elle est recouverte par une membrane muqueuse très mince et très adhérente ; celle-ci manque dans le point qui correspondait à son attache à la paroi du pharynx, et cela dans une étendue de 4 centimètres de diamètre.

Cette partie dépourvue de muqueuse à une couleur blanchâtre. A la surface de la tumeur on ne distingue aucune tracé d'insertion du pédicule. Celui-ci était donc formé par la muqueuse elle-même.

A l'incision, on voit que l'intérieur de la tumeur est d'une couleur blanchâtre, la surface de seciton est lisse

M. le professeur Van Kempem, de Louvain, a eu l'obligeance de soumettre le polype à l'examen miscrocopique. Il a trouvé que la tumeur est composée de tissu élastique qui circonscrit des alvéoles remplies de vésicules o lipeuses. Le tissu adipeux y est même très abondant.

Réflexions du Docteur Laroudelle :

La rareté des polypes de la partie inférieure du pharynx est un fait reconnu par tous les chirurgiens. Mais ce n'est pas seulement sous ce rapport que le cas que nous venons de rapporter offre de l'intérêt. Il en acquiert un bien plus grand encore, à cause de son origine dans le tissus conjonctif sous-muqueux. En effet, les polypes qui se montrent dans le pharynx tirent le plus souvent leur origine d'une membrane fibreuse; ainsi, la plupart de ces polypes s'insèrent sur la membrane fibreuse de la voûte du pharynx, d'autres ont leurs racines sur la membrane fibreuse des vertèbres cervicales, comme M. le professeur Michaux en a vu un exemple.

Le polype qui a fait le sujet de notre observation était implanté sur la paroi latérale du pharynx et ne pouvait avoir son origine ailleurs que dans le tissu conjonctif sous-muqueux.

K. Van Kempen, dont l'autorité est si grande en pareille matière, admettait, dès avant toute observation de ce genre, qu'un polype du pharynx peut prendre naissance dans le tissu conjonctif sous-muqueux pharyngien. Le cas que nous signalons vient donner complètement raison à la théorie de ce savant anatomiste. Depuis lors, les archives de clinique chirurgicale de M. Langenbeck, de Berlin (1869), ont rapporté un cas analogue à celui qui nous occupe.

Un mot sur le procédé opératoire :

Différentes méthodes opératoires se présentaient à nous pour l'ablation de ce polype : *l'excision*, *l'arrachement*, *la ligature*, *l'écrasement linéaire*, enfin, *la galvano-caustique*.

L'excision n'était point applicable au cas actuel, à cause de la profondeur où se trouvait le point d'attache de la tumeur dans le pharynx, et ensuite à cause de l'hemorrhagie qui aurait pu survenir.

L'arrachement. — Ce moyen brutal et aveugle aurait pu occasionner de graves lacérations dans les parois du pharynx, et cela d'autant plus facilement qu'on aurait dû employer quelque violence pour enlever cette tumeur à cause de l'épaisseur du pédicule.

La ligature ordinaire aurait eu ici des effets trop dangereux, d'abord à cause de la lenteur de son action, ensuite à cause de la mortification de la tumeur dans le fond de la gorge, enfin, à cause des menaces d'asphyxie qu'elle aurait infailliblement occasionnées.

La galvano-caustique offrait dans le cas présent des avantages réels. Mais je n'avais point à ma disposition cet appareil si couteux et, disons-le en passant, si sujet à se déranger. Nous avons donc choisi l'écrasement linéaire et nous avons déjà dit pourquoi.

OBSERVATION III.

Polype lipomateux inséré sur la paroi antérieure du pharynx; nouveau procédé opératoire. — Docteur Foucher.

(*Union Médicale*, Paris 1870).

Au numéro 5 de la salle Saint-Gabriel, est entré le nommé Gelé, François, 37 ans, demeurant à Montray (Orne). Cet homme, d'une constitution vigoureuse, d'un tempérament bilio-sanguin, d'un embompoint médiocre, se porte habituellement très bien. Seulement, il y a quatre ans, il fut atteint d'une fluxion de poitrine qu'on traita par les antimoniaux. C'est depuis ce moment, que le malade dit éprouver un peu de gêne du côté de la gorge; cependant, il n'est pas sûr de la date qu'il assigne ici; ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'y a qu'un an que la gêne est devenue notable dans l'inspiration seulement.

L'expiration et la déglutition se faisaient naturellement; le malade raconte lui-même qu'il lui semblait qu'une sorte de soupape venait obturer l'entrée des voies aériennes dans le mouvement inspiratoire. La gêne de l'inspiration augmentant, le malade consulta plusieurs médecins qui lui conseillèrent de venir à Paris.

Le 20 mars nous voyons cet homme pour la première fois ; l'inspiration est très pénible bruyante surtout pendant le sommeil ; l'expiration est libre, la déglutation facile, la voix altérée sourde; ce n'est qu'après un examen minutieux et répété que nous parvenons à constater l'état local suivant: en abaissant fortement la langue,on aperçoit pendant l'ascension du larynx, une tumeur de la grosseur d'une petite noix, globuleuse, lisse d'un rouge blanchâtre située derrière l'épiglotte. En introduisant fortement l'index dans le pharynx, on sent parfaitement la partie libre de la tumeur et on peut s'assurer qu'elle n'est pas fluctuante sans que sa consistance soit considérable. On pensa aussitôt à un polype. Mais quel était le point precis de son insertion ? Etait-il ou non pédiculé ? On ne pouvait pas le contourner avec le doigt pour éclairer ces questions. Tout portait à croire qu'elle n'occupait pas la paroi postérieure du pharynx, car la déglutation eut été gênée et la respiration libre à moins d'admettre un polype très volumineux. La tumeur fut saisie et attirée en haut avec une pince de Musseux ; on put voir alors que la base avait la largeur du

reste de la tumeur et que l'implantation avait lieu sur la paroi antérieure du pharynx, tout près de l'orifice supérieur du larynx.

Cependant, l'inspiration devenait de plusen plus difficile, et il était évident que la tumeur devait tôt ou tard, en augmentant de volume, causer la suffocation.

Il fallait donc en débarrasser le malade qui lui-même le demandait avec instance. Mais quel moyen employer? Telle est la question que se posait M. Laugier. On ne pouvait pas penser à l'arrachement, car il eut été difficile d'arracher la tumeur; la base était large et l'opération n'aurait pu être exécutée, sans causer d'accidents considérables du côté de la respiration.

La cautérisation eut été dangereuse, car comment limiter l'emploi du caustique, dans une région aussi cachée et aussi délicate. Il paraissait aussi difficile de pratiquer la ligature d'une tumeur ainsi située et à base aussi large. M. Laugier songea un instant à saisir la tumeur avec la pince de Museux et à traverser de droite à gauche avec une aiguille de Deschamps portant un fil, puis à conduire un double fil, dans le sens antéro-postérieur et lier le polype en deux portions au moyen de ce double fil; mais il fallait engager les fils dans unserre-neud qui restant en place eut pu amener des accidents redoutables, on devait donc renoncer àce procédé. Le cas était d'autant plus épineux que l'on devait, tout en se guidant sur les principes généraux, créer un procédé nouveau.

Il n'existe en effet aucun cas semblabe dans la science. On trouve — bien dans la thèse de M. Gerdy (thèse du concours de pathologie externe 1833), un fait presque analogue, mais la malade atteinte d'un catarrhe qui suscitait des vomissements, rendit la tumeur qui adhérait à la partie postérieure du larynx; elle était molle et à bords déchiquetés.

En face des considérations précédentes, M. Laugier s'arrêta à l'excision. Les inconvénients pourraient être une hémorrhagie à laquelle on n'aurait qu'à opposer les astringents; mais la tumeur ne paraissait pas vasculaire, on la croyait de nature cellulo-fibreuse.

Ceci admis il fallait créer le procédé. L'opération fut pratiquée le 27 mars. Le malade étant assis, la tête légèrement inclinée en arrière, la bouche largement ouverte, et la langue fortement déprimée avec l'abaisse-langue, l'opérateur saisit le poylpe avec la pince de Museux qu'il donne à tenir à un aide. Momentde repos pendant lequel le malade respire tout à l'aise. Une aiguille de Deschamps trés aigüe et portant un fil double, traverse la tumeur de gauche à droite. Les deux clefs du fil sont retirés par la bouche; puis une sonde en gomme élastique est introduite dans la narine droite et son extrémité

ramenée par la bouche ; on introduisit dans les ouvertures de la sonde les deux clefs du fil, la tumeur est soulevée verticalement, on la voit à merveille et on peut l'exciser facilement avec des ciseaux courbes sur le plat; sans blesser l'épiglotte qui se trouve en avant.

L'examen ultérieur permet de constater qu'on a enlevé la plus grande partie du polype, qu'aucune des parties voisines n'a été blessée. L'écoulement du sang est très peu abondant.

La difficulté de cette opération consistait à ne pas comprendre dans l'anse du fil, soit le pilier du voile du palais, soit la base de la lange et à ne pas inciser une partie de l'épiglotte, ou des cartilages aryténoïdes en voulant raser de trop près le polype. Aucun de ces accidents ne s'est produit. L'opération, quoique laborieuse en vertu de la région où elle a été pratiquée, a été, en définitive, exécutée promptement et sans inconvénients et paraît devoir être adoptée dans les cas insolites de cette nature qu'on pourrait rencontrer dans la pratique.

La tumeur enlevée était du volume de l'extrémité du pouce, d'une consistance médiocre, d'un jaune blanchâtre et formée de deux éléments, l'un celluleux, l'autre évidemment adipeux. Le premier enveloppe la tumeur entière en formant une sorte de membrane très mince qui double la muqueuse sur laquelle glisse la tumeur ; on voit des prolongements en lamelles formant des cloisons incomplètes dans lesquelles sont déposées des masses serrées de tissu adipeux.

L'examen microscopique a vérifié cette structure de la tumeur. Nous avions donc affaire à un véritable lipome.

Les accidents consécutifs à l'opération n'ont pas été graves. La déglutition fut gênée pendant quelques jours ; il s'établit un peu de suppuration qui rendait l'haleine fétide. On se borna à prescrire quelques gargarismes. Le malade rejeta trois jours après une portion de la tumeur à moitié suppurée. Il sortit le 5 avril, avalant et respirant avec facilité. Sa voix était devenue plus claire, immédiatement après l'opération.

OBSERVATION IV

Tumeur anévrysmale du pharynx. John Barnes. (Lancet, 1875,)

B. N., âgée de 73 ans, femme d'aspect malade se plaignait d'une légère difficulté de la déglutition. En examinant la gorge, je la trouve normale, à l'exception d'une petite tumeur pulsatile située au fond du

pharynx, entre la ligne médiane et le pilier postérieur droit, mais plus près de ce dernier.

Les pulsations de la tumeur sont complètement arrêtées par une pression modérée sur la carotide externe.

Porter et Syme ont observé des cas d'anévrysmes de la carotide interne proéminant dans un endroit plus élevé. Dans le cas présent, vu la facilité extrême avec laquelle les pulsations sont arrêtées par une légère compression de la carotide externe, je pense que nous avons affaire à un anévrysme de l'artère pharyngienne ascendante, branche de cette dernière. Il va sans dire qu'on pourrait m'objecter que la pression qui arrête les pulsations peut être transmise par les tissus jusqu'à la carotide interne, mais je pourrais répliquer que la pression requise est si modérée qu'il semble douteux qu'elle soit suffisante pour arrêter le flot sanguin dans cette artère.

Il n'y a pas de compression, les pupilles sont égales, pas d'altération de la voix, pas de dyspnée. La malade se plaint seulement d'une légère difficulté de la déglutition. Il n'y a pas d'anévrysmes ailleurs.

Considérant l'âge de la malade et l'état stationnaire de la tumeur. durant les trois derniers mois, la ligature de la carotide ne m'a pas paru indiquée. Si l'anévrysme augmente, je pense qu'il y aura lieu d'essayer de faire la compression digitale. En cas d'hémorrhagie possible, nous avons appris aux parents de la malade à comprimer la carotide. La ligature de la carotide primitive serait alors, je pense, la dernière ressource.

OBSERVATION V

Lipome énorme du pharynx — Docteur Busch *Berli. Klini. Wochenschrift* 1877.

Ce cas est fort intéressant, d'abord à cause du volume énorme de la tumeur, ensuite parceque c'est un lipome qui s'est développé derrière la paroi-postérieur du pharynx dans une région pauvre en tissu adiqeux et enfin à cause de l'action particulière de ce néoplasme sur les parties voisines.

Le malade, âgé d'environ 60 ans était porteur de son affection depuis une dizaine d'années; qunad il ouvrait la bouche, on voyait toute la cavité pharyngienne rempli par une grosse tumeur. Sur le côté droit on pourvait

(1) Traduit de l'Allemand par **M.** Munck à qui nous adressons nos vifs remerciements.

encore avec quelque peine introduire le doigt entre la paroi du pharynx et la tumeur pour l'explorer en haut et en bas. Toute la tumeur était recouverte d'une membrane muqueuse lisse et mince. Le voile du palais était projeté en avant, et c'est avec difficulté qu'on pouvait faire pénétrer le doigt entre la tumeur et lui.

A cause du volume énorme du néoplasme on ne pouvait atteindre ni sa limite supérieure ni sa limite inférieure; On pouvait glisser l'index sur la base de la langue et sur la face postérieure de l'épiglotte sans toute fois atteindre l'extrémité inférieure de la tumeur.

L'accès de la tranchée-artère était gêné. Dans certaines positions de la tête et du cou, cette gêne devenait très considérable; de telle sorte que si pendant le sommeil la tête prenait telle ou telle position, il survenait une dyspnée intense pendant laquelle le malade se réveillait en sursaut. Pour l'ingestion des aliments, il prenait des précautions infinies et pratiquait des manœuvres particulières pour faciliter l'acte de la déglutition. Mais, comme l'épiglotte, comprimée par la tumeur ne fermait pas complètement l'ouverture supérieure du larynx, des parcelles d'aliments tombaient constamment dans celui-ci et provoquaient de violents accès de toux.

Enfin le malade respirant mal et ne pouvant guère s'alimenter surtout dans les derniers temps, avait dépéri beaucoup et on pouvait prévoir à bref délai une terminaison fatale.

La tumeur présentait en certains endroits une pseudo-fluctuation; et après avoir éliminé la possibilité d'une tumeur liquide, nous posâmes le diagnostic soit de lipome, soit de sarconne mou.

On exposa au malade, qui insistait pour qu'on tentât de le délivrer, que vu la possibilité d'adhérences profondes, l'xtirpation radicale ne réussirait peut-être pas, mais qu'on devrait se contenter d'éliminer la plus grande partie possible de la tumeur, pour rendre libre l'accès à l'air et aux aliments; l'extirpation totale serait toutefois tentée. Au préalable,à cause de l'extrême sensibilité de la région pharyngienne et pour diminuer les mouvements réflexes on pratiqua des contacts répétés dans l'arrière-bouche; de plus, on fit une voie aérienne artificielle à travers le ligament cricothyroïdien. Dans un cas précédent, bien que la tumeur fut moins volumineuse, il était survenu un réel danger d'asphyxie lors du passage de néoplasme a travers la cavité buccale.

En outre, la voie respiratoire artificielle avait pour conséquence immédiate de remonter un peu le malade, car si la gêne de la déglutition restait la même, la respiration était parfaitement libre.

Quatorze jours après, nous procédâmes à l'opération : Le voile du palais fut d'abord fendu à côté de la luette, et les lambeaux furent retenus par

des crochets ; la paroi du pharynx fut également fendue, aussi loin que la vue le permettait. Ni le doigt ni la spatule ne pouvaient glisser entre la tumeur et la muqueuse ; nous dûmes sectionner avec des ciseaux des adhérences courtes et résistantes. Ces adhérences créérent une difficulté nouvelle dans les parties profondes; car, comme l'opération se faisait à l'aveugle derrière l'épiglotte nous dûmes les dilacérer avec nos doigts.

Le dégagement de la face postérieure fut relativement plus facile ; après avoir introduit les doigts derrière la tumeur dans sa partie supérieure la plus accessible, nous sectionnâmes les ligaments qui les rattachaient à la face antérieure des vertèbres

Ensuite, au moyen de deux élévateurs, nous réussîmes à amener l'extrémité supérieure dans la bouche; et le dégagement complet fut obtenu assez rapidement en ayant soin de placer le plus petit diamètre de la tumeur perpendiculairement à l'axe de la bouche. Cette manipulation dura cependant assez longtemps pour faire courir un réel danger d'asphyxie au malade, si la trachéotomie u'avait pas était faite au préalable.

Quand on place cette masse polypeuse dans un squelette à la place qu'elle occupait, et que l'on baisse la mâchoire, on se rend compte de son volume colossal, et on se demande comment les autres organes pouvaient trouver place à coté, d'une manière quelconque.

L'hémorrhagie post-opératoire fut peu considérable; le voile du palais guérit par première intention; par contre, il y eut pendant quelques jours de la suppuration de la plaie du pharynx.

Huit jours après l'opération, la canule fut enlevée et bientôt après le malade quitta l'hôpital.

OBSERVATION VI

Rapport oral fait par M. Duplay sur une observation de tumeur fibreuse du pharyux par M. le Docteur Vibert, du Puy. (*Bulle. de la Soc. de Chirurgie.* — 1879).

Messieurs..... Une femme âgée de 64 ans, maigre bien portante d'ailleurs, est adressée à M. le Docteur Vibert, le 17 mai, par un de ses confrères. Le confrère avait constaté, il y a trois ans, chez cette femme. üne petite tumeur pédiculée à la paroi postérieure du pharynx et ne l'avait plus revue jusqu'au moment où il la lui a amenée.

« A ce moment, dit M. Vibert, la tumeur s'apercevait facilement en faisant ouvrir la bouche et en baissant la langue ; elle formait une saillie mamelonnée; chaque mamelon était allongé et pendant. Elle me parut adhérente à la paroi postérieure du pharynx, et dans une assez grande étendue, ce qui m'inspirait quelque inquiétude sur les moyens de l'enlever (elle paraissait située sous la membrane muqueuse); cette inquiétude était bien inutile, car je l'eus à peine saisie avec des pinces de Museux pour me rendre un compte plus exact de son étendue, de ses adhérences, qu'elle se détacha avec la plus grande facilité, laissant la muqueuse du pharynx parfaitement nette.

Une petite hémorrhagie se fit par la bouche et par le nez pendant un moment et céda rapidement à une irrigation d'eau froide. »

Cette tumeur m'a été adressée par M. Vibert et je ne puis mieux la comparer, pour son apparence extérieure, qu'à un ris de veau. Elle a une consistence assez ferme, et dans son centre, elle acquiert une dureté osseuse. Sa constitution histologique a été déterminée au collège de France par M. Chambard. C'est un fibrome ossifié à sa partie profonde ou centrale. Au delà d'un certain âge, les tumeurs fibreuses du pharynx sont très rares; à ce titre, la publication de M. Vibert m'a paru offrir un véritable intérêt,

OBSERVATION VII.

Un polype pileux du pharynx par le Dr Schuchardt (*Centralbl. f. Chirur.* N° 41 1884.

Un enfant de 5 ans, de parents sains et sans autre infirmité, portait dans le pharynx une tumeur congénitale qui parfois faisait saillie au-dessus de la langue, mais le plus souvent était avalée et provoquait de violents accès de suffocation. On reconnut un polype mince et piriforme de de consistance lipomateuse, inséré par un pédicule de 2 a 3 centimètres de long et revêtu d'une muqueuse lisse, tandis que la tumeur elle-même était revêtue d'un tégument couvert de poils follets,qui avait tous les caractères de la peau.

Une coupe longitudinale après durcissement,permit de constater que la tumeur était formée d'un noyau de fibres musculaires striées parallèles à son axe et noyées dans une atmosphère de tissu adipeux. Du côté du pédicule, les faisceaux musculaires se terminent brusquement par une

surface arrondie ; du côté de l'extrémité libre, ils dégénèrent sensiblement en tissu conjonctif dense. La peau qui recouvre ce néoplasme offre au microscope tous les caractères du tégument externe, follicules pileux et glandes sébacées. On trouve en outre dans l'intérieur de la masse et sous la peau, des glandes en grappe assez volumineuses, quelques unes avec conduit extérieur ; ni os, ni cartilage.

Ce fait devrait être considéré d'après le docteur K. Schucarhdt, comme un exemple de monstruosité parasitaire, comme le degré le plus inférieur de la variété d'inclusion fœtale, qui constitue l'epignathie de Geoffroy-St-Hilaire.

Aucun fait semblable ne parait avoir été publié jusqu'ici.

OBSERVATIONS VIII

Un lipome de l'espace pharyngo-laryngien. — Dr Aphavin (The New-York méd. journ. 17 sept. 1886).

Aphavin rapporte l'ablation d'un lipome volumineux de l'espace pharyngo-laryngien par le procédé de pharyngotomie de Langenbeck modifié.

L'incision longitudinale le long du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien ajoutée par Kuster et Ivenson à l'incision transversale Langenbeck ne peut être approuvée par Aphavin, parce qu'elle coupe les deux branches de nerf laryngé supérieur. A partir de l'incision transversale, il fit une nouvelle incision directement en haut et avec des ciseaux pointus il sectionna la grande corne de l'os hyoïde, et cela fut facilement fait sans aucun dommage ni pour l'artère linguale ni pour le nerf laryngé; Après ces incisions il put terminer sans difficulté l'opération et d'autant mieux que l'inspection était encore facilitée par ce fait que le larynx pouvait être délogé de sa position normale et placé obliquement.

A travers l'ouverture pratiquée Aphavin vit une masse polypeuse aussi grosse qu'un œuf de poule attachée par un large pédicule à la face postérieure du cartilage cricoïde.

OBSERVATION IX

Fibrome pharyngo-laryngé volumineux. — Guérison; par le docteur Fletcher Ingals. — (*journ. of the Américan medi. Associa.* 16 octobre 1886.)

E. G., fermier, me fut envoyé le 7 janvier 1886, par le docteur Enfiel qui le croyait porteur d'un fibrome laryngien.

Il y a deux ans que le malade avait commencé à ressentir une certaine difficulté dans la déglutition, cette gêne avait augmenté graduellement et à tel point qu'il ne pouvait presque plus avaler, il avait par conséquent maigri beaucoup ; et son poids avait diminué de cinquante livres. Quelques mois auparavant, un médecin, dont le nom m'échappe, avait enlevé une partie de la tumeur qu'après un examen microscopique il déclara être de nature fibreuse .

Le malade éprouva un grand soulagement après l'opération, mais la tumeur avait continué à augmenter de volume et pendant quelques mois, un autre médecin avait fait des efforts infructueux en la traitant aveé des caustiques.

La tumeur n'était pas visible en dépriment la langue ; mais l'examen au laryngoscope me fit dècouvrir un volumineux néoplasme occupant l'espace laryngo-pharyngien et le vestibule du larynx.

Il cache le larynx tout entier excepté l'épiglotte. Une petite ulcération existe à la surface supérieure de la tumeur et parait être le résultat de quelque application caustique; avec une grande difficulté je parvins à voir que la tumeur ne prenait pas son point d'attache sur l'épiglotte.

Un petit lobe d'environ un demi pouce de diamétre situé sur le côté droit du larynx immédiatement au-dessous et en dedans du repli ary-épiglottique fut enlevé sans difficulté au moyen de l'écraseur.

L'hémorrhagie ne fut pas bien considérable mais empécha de continuer l'opération. La piéce anatomique fut examinée par le docteur Ochsner du « Presbyterian Hospital, » de Chicago qui la trouva de nature fibreuse mais non complètement fibreuse.

Le lendemain, ablation d'une nouvelle partie de la tumeur, celle-ci très nettement fibreuse. Les jours qui suivirent, d'autres portions furent enlevées, et le malade fut complètement débarrassé de sa tumeur qui s'insérait

sur le côté droit du pharynx à un demi pouce au-dessous du repli aryépiglottique droit. Trois semaines après la première opération le malade revint chez lui complétement guéri et ayant augmenté de dix livres.

Le docteur Enfield m'a fait savoir récemment que la tumeur n'avait aucune tendance à récidiver.

Les tumeurs de cette nature sont très rare en cet endroit.

Le plein succès de l'opération dans ce cas, a fait ressortir que l'emploi de l'écraseur est un moyen excellent pour l'ablation des tumeurs des cavités difficiles à atteindre.

Sans la chaîne de l'écraseur il est probable que le fibrome n'aurait pas pu être enlevé, et sans le laryngoscope cette chaîne n'aurait pas pu être appliquée et le malade aurait succombé à son affection.

OBSERVATION X

Un cas d'angiome du pharynx. — P.ar le Docteur Wolfenden (*Brit. med. journ.* 1887).

Ce cas apparemment unique semble digne d'être publié. La malade, une fille de 25 ans, présentant un bon état général, placée comme gouvernante, me fut envoyé l'été dernier pour que je fisse l'examen de sa gorge. Ce qui avait attiré l'attention d'un particien suburbain, c'était une saillie sur le côté droit du cou, au niveau de l'os hyoïde et de la grosseur d'un œuf de poule. Cette tumeur ne causait aucun gène.

Elle était de consistance molle et nous crûmesqu'elle était de nature lymphatique. On pouvait voir de vaisseaux volumiuaux et tortueux la sillonner.

A la base dú cou, justement du côté droit et au niveau de la tumeur pharyngienneil yavait un groupe de veines grosses, superficielles et variqueuses.

Le fond du pharynx présentait le plus curieux aspect. En éclairant la gorge on voyait, occupant la totalité du côté droit de la face postérieure du pharynx, un angiome volumineux ; il était dense et de couleur pourpre ; une petite portion s'étendait à gauche de la ligne médiane. Il s'étendait encore jusqu'au niveau de la base de la langue et on voyait des veines variqueuses descendre jusque vers l'œsophage.

La tumeur était donc d'une étendue considérable et d'un aspect remarquable. Les amygdales étaient très petites, on les voyait en faisant simple-

ment ouvrir la bouche, des vaisseaux variqueux sillonnaient les pilliers droits et le côté droit de la luette.

Ce qu'il y avait de plus extraordinaire chez cette malade, c'est qu'elle n'avait jamais été, le moins du monde incommodée par la tumeur ; quoique celle-ci empiéta sur la lumière du pharynx, il n'y avait pas de gêne dans la déglutition, et la malade ne savait certainement pas qu'elle avait un angiome. Elle put nous dire seulement que la tumeur molle (lympathique ?) qu'elle avait sur le côté du cou fut remarquée alors qu'elle avait 5 ans.

Norel Mackensie à qui je montrai ce cas m'a dit qu'il n'en avait jamais vu de semblable.

Les petits angiomes de la base et du larynx ne sont pas rares ; mais je n'en ai pas trouvé se rapprochant du cas que je rapporte et qui est probablement unique.

Comme la tumeur vasculaire ne présente pas un grand inconvénient, nous avons jugé prudent de ne pas y toucher.

OBSERVATION XI.

Cas de tumeur fibreuse du pharynx ; trachéotomie préalable ; pharyngotomie ; ablation par l'écraseur; mort par hémorrhagie secondaire le quatième jour. — (Dr Mac Load). (*Calcutta Medical Collège Hospital* ; Lancet, mars 1889.)

Les tumeurs du pharynx ne sont pas communes, et le cas présent est un exemple d'une méthode nouvelle pour les enlever, ainsi qu'un spécimen d'une grande rareté.

Le malade était un homme par ailleurs bien portant, et âgé de 35 ans. Il se plaignait d'avoir des difficultés dans la déglutition depuis 3 ans. On découvrit à cette époque dans le pharynx une tumeur que le malade pouvait toucher avec son doigt. Le jour de son admission à l'hopital on le trouve faible et il porte sa tête en avant. Il parle difficilement, sa voix est rauque ; il mange et avale avec difficulté. En regardant sa bouche et sa gorge on ne peut rien voir ; mais en axaminant le pharynx avec le doigt, on touche une tumeur ferme, globuleuse, qui semble occuper toute la cavité, mais on peut découvrir ses points d'attache. Le larynx est très proéminant et on peut le mouvoir de bas en haut et de gauche à droite Le pharynx paraît aussi glisser sur la surface de la colonne vertébrale. A l'extérieur, pas de trace de tumeur, les ganglions du cou sont normaux.

Il fut décidé de faire une trachéotomie préalable, d'ouvrir alors le pharynx, d'examiner ainsi la tumeur et d'agir ensuite selon les circonstances.

Dans la matinée du 4 novembre, on administra le chloroforme, on ouvrit la trachée au-dessous du cartilage cricoïde, et on y introduisit une canule d'argent. On administra alors le chloroforme par la canule. Aussitôt que la respiration fut devenue calme et régulière, on fit une incision d'environ trois pouces de long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ; le milieu de l'incision correspondait à la pomme d'Adam.

L'aponévrose allant du bord de ce muscle au larynx fut sectionné et avec le doigt on sépara la gaine des vaisseaux des muscles omo-hyoïdien et sterno-hyoïdien. On arriva alors sur le pharynx et on toucha la tumeur. Sur le côté du pharynx on fit une incision qui pouvait laisser passer le doigt. On trouva alors une masse globuleuse, du volume d'une petite orange attachée par un large pédicule au repli ary-épiglottigue gauche et au-dessous de lui. En élargissant l'incision en haut et en bas le néoplasme fut facilement amené à l'extérieur. La chaîne de l'écraseur fut appliquée autour du pédicule qui fut sectionné sans aucune difficulté ; la tumeur fut enlevée d'une façon parfaite. On dut lier seulement deux petites artères et la plaie ne fut pas suturée.

Le malade passa un jour excellent ; il fut nourri avec du lait au moyen d'une sonde œsophagienne.

Le 5 novembre, il y avait un peu d'élévation de la température dans l'après-midi (101 degrés) ; mais l'état général était satisfaisant. La température resta à 99 degrés dans la matinée du 6 ; il y avait un léger œdème du cou. La canule fut enlevée car la respiration se faisait sans difficullé ; le malade fut encore alimenté au moyen de la sonde. Dans la matinée du 5 on trouva que l'œdème avait persisté : la plaie avait un bon aspect. Le malade respirait facilement et sa voix était claire. A 4 heures de l'après-midi il eut un accès de toux suivi d'une hémorrhagie abondante et de dyspnée ; un vaisseau fut lié et un mieux sensible se fit sentir. Mais il y eut une nouvelle hémorrhagie après un effort pour vomir à 11 heures du soir ; une autre ligature fut appliquée et la plaie pansée avec de la ouate. La canule fut remise dans la trachée. Il n'y eut pas d'autre hémorrhagie, mais le malade s'affaiblit peu à peu et mourut le 8 novembre à 7 heures du matin. Le sang a dû envahir les poumons, car on vit des caillots qui furent rejetés par la trachée. La nécropsie ne fut pas faite. La tumeur fut examinée par le Docteur Gibbons qui reconnut un fibrome à consistance molle.

Remarques par le docteur Léod.

Ce cas est intéressant à plusieurs points de vue.

1° A cause de sa rareté ; le fibrome du pharynx étant une rareté patholo gique ; le volume qu'avait atteint la tumeur sans arrêter la respiration et la déglution était remarquable.

2° La méthode d'ablation de cette tumeur. La pharyngotomie externe et ensuite l'emploi de la chaîne de l'écraseur constitue un procédé simple et obtenant des résultats certains ;

3° La mort du malade, aussi inattendue que malheureuse. Il est probable que les efforts firent ouvrir des artéres qui avaient été temporairement oblitérées par l'ecrasement.

OBSERVATION XII

Un cas de polype muqueux volumineux occupant la portion laryngée du pharynx, par le docteur Lowe. — (Lancet 1890, page 1193).

Madame B..., consultée par mon collègue le docteur Highet, pendant l'été 1884. Elle se plaignait de dysphagie et de mauvaises digestions pour lesquelles il lui ordonna un traitement. Il ne la revit ensuite qu'en avril 1885, et elle se plaignait alors de sensations de suffecation. Le docteur Highet me manda pour examiner le cas avec lui. J'examinai la gorge avec une simple spatule, mais je ne pus rien voir se rapportant aux symptômes dont se plaignoit la malade, mais en procédant d'une autre façon je pus voir dans le pharynx une large portion d'une tumeur volumineuse. Je la saisis entre mes doigts sans difficulté et elle me parut avoir la consistance de la langue elle-même. Je ne savais pas exactement si j'avais à faire à un prolapsus de la muqueuse du pharynx ou à une tumeur distincte. Cependant je distinguai la tumeur et son pédicule au moyen du laryngoscope. Ni le docteur Highet, ni moi, n'avions après cét examen aucun doute sur l'existence d'un néoplasme.

Madame B... désirant se faire opérer à « Carlisle Infirmery », je l'y envoyai avec une note sur son cas. Je reçus en réponse une lettre de M. Lediard, me disant que les chirurgiens de l'hôpital n'avaient pas trouvé de tumeur, mais qu'il s'agissait ici d'un relâchement de la muqueuse.

Comme il se pouvait que la tumeur se fût dérobée une première fois à leurs recherches, j'envoyai de nouveau la malade à « Carlisle Hospital », mais ce fut comme la première fois. Elle mourut subitement quelques urs après son retour de Carlisle, je ne l'avais pas revue dans l'intervalle.

J'ouvris sa gorge une demi-heure après sa mort, en présence du docteur

Highet, au-dessus de l'os hyoïde, et je trouvai une tumeur ressemblant à la langue et obstruant l'ouverture du larynx. En attirant la tumeur à travers l'orifice artificiel, elle nous parut avoir l'aspect de la langue elle-même. Je sectionnai alors la tumeur avec une portion de la grande corne gauche de l'os hyoïde, à laquelle elle était attachée.

Ses dimensions étaient les suivantes : longueur, 3 pouces ; largeur, 1 pouce 3/4 ; épaisseur, 1 pouce 1/4. Placée sur une table, elle ressemblait absolument à une langue.

J'envoyai cette pièce anatomique au docteur Toats qui publia ces conclusions : cette pièce est certainement très intéressante ; c'est un polype muqueux ayant la consistance du tissu connectif lâche, recouvert par une membrane muqueuse.

OBSERVATION XIII.

Tumeur polypeuse du pharynx. (*Lyon médical*, 8 mars 1891).

M. Lagoutte présente à la Société des sciences médicales une pièce anatomique où l'on voit une tumeur polypeuse du pharynx.

Le malade porteur de cette affection étant entré dans le service de M, Garol, pour des troubles de la déglutition. Ceux-ci furent ensuite accompagnés de troubles laryngés, qui nécessitèrent la trachéotomie, et l'alimentation fut faite au moyen d'une sonde introduite par les fosses nasales. La mort est survenue 36 heures après l'opération.

L'autopsie a révélé une pneumonie suppurée du côté droit et une congestion du poumon gauche. Sur la paroi postérieure du pharynx est implantée une tumeur polypeuse plongeant en avant dans le larynx.

OBSERVATION XIV

Angiome du pharynx, par le docteur Lichtwitz (de Bordeaux). (Communication faite à la *Société d'otologie et de laryngologie de Paris*, 5 avril 1895.

Le cas concerne une jeune fille de seize ans, qui me fut amenée dernièrement pour un écoulement de l'oreille droite remontant à quelques jours.

En examinant la gorge, je fus frappé par la présence d'une tumeur de couleur brun foncé, bleuâtre par places, qui faisait saillie en arrière de l'amydale gauche hypertrophiée.

Cette tumeur, allongée dans le sens vertical, mesure environ trois centimètres et demi de long sur un centimètre et demi de large. Enclavée entre l'amygdale et le pilier postérieur qu'elle recouvre complètement, sa limite supérieure dépasse de quelques millimètres la loge amygdalienne et se termine à un demi-centimètre environ en arrière et au-dessous du bord inférieur de la trompe gauche. En bas, la tumeur correspond à la partie inférieure de l'amygdale.

Cette tumeur n'est pas pédiculée ; elle est au contraire implantée par une base large dont on ne peut déterminer exactement les limites. Sa surface est irrégulière, bosselée et elle est recouverte d'un épithélium mince, lisse, transparent. De couleur brun foncé, d'un bleu noir par place, la tumeur semble être ferme ; on n'aperçoit pas de battements à son niveau ; le toucher n'a pu être pratiqué.

De la partie inférieure de cette tumeur par une expansion qui se dirige vers le paroi postérieure du pharynx et forme en ce point une tache noire irrégulière, non saillante, recouverte d'un épithélium lisse. Vers le milieu de la paroi postérieure du pharynx existe aussi une plaque analogue, mais plus volumineuse que la précédente, de même couleur, à contours irréguliers aussi, et sillonnée par une grosse veine dilatée.

Jusqu'à présent, le malade ignorait la présence de sa tumeur vasculaire. Elle n'a jamais eu d'hémorrhagies ni éprouvé de troubles du côté de la gorge. Sur la face, la malade présente quelques nævi pigmentaires lisses disséminés ; on ne constate point de nævi d'aucune sorte sur le reste du corps de la jeune fille ni chez les membres de sa famille.

Etant donné le siège de la tumeur qui rendait l'application de l'électrolyse (pôle +) très difficile, j'ai cru devoir m'abstenir d'une intervention chirurgicale, que n'eût du reste pas acceptée la malade, vu l'absence de troubles occasionnés par la tumeur.

Autant que j'ai pu m'en rendre compte par les recherches bibliographiques que j'ai faites, je n'ai pas trouvé dans la littérature de cas analogues.

OBSERVATION XV (Docteur Moure).
(*Inédite*)

Fibrome du Pharynx.

M. X., est venu me consulter il y a six ans pour une affection des oreilles (surdité catarrhale intermittente); en examinant sa gorge je constatai la présence, du côté gauche, sur la paroi du pharynx, d'une tumeur allongée occupant la portion latérale et ayant le volume d'un petit œuf de pigeon très allongé de haut en bas. La couleur de la muqueuse n'est pas modifiée et cette dernière très mobile, glisse facilement au-dessus de la néophasie ; celle-ci est très dure au toucher, elle n'est pas mobile ; au contraire elle adhère fortement à la paroi pharyngienne postérieure avec laquelle elle fait corps. Les mouvements de contraction du pharynx ne changent pas sa situation. Elle est tout-à-fait indolore. Le malade ignore encore sa présence, depuis cette époque, j'ai eu l'occasion de voir le malade de temps à autre, et encore récemment; et j'ai pu constater l'accroissement très lent, mais graduel de sa néophasie qui fait aujourd'hui dans le fond de la gorge, une saillie telle, qu'elle suit presque toujours le bord postérieur de l'amygdale gauche ; sa forme est toujours allongée; sa surface lisse, unie, sans adhérence à la muqueuse ; sa consistance, très dure ; elle ne gêne point le malade. La marche de la tumeur, son aspect, me portent à penser qu'il s'agit d'un fibrome.

CONCLUSIONS.

1° Les tumeurs bénignes du pharynx buccal et inférieur, bien que très rares, méritent cependant un chapitre spécial dans la description des affections de cet organe;

2° Leur diagnostic, facile en général, doit être fait avec le plus grand soin, puisque des erreurs fort préjudiciables ont été commises;

3° Ces tumeurs peuvent soit par leur volume, soit par leur irruption brusque dons les voies aériennes, mettre les jours des malades en danger.

4° Les détruire ou les extirper est la seule conduite à tenir pour peu qu'elles gênent la déglutition ou la respiration.

La voie buccale sera toujours préférée, mais on n'hésitera pas si cela est nécessaire à recourir à une voie artificielle.

Vu : *Le Doyen,*

A. PITRES.

Vu bon a imprimer :

Le Président de la thèse,

Dr DEMONS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 13 juillet 1895

Le Recteur,

A. COUAT.